FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 80

SUR UN CAS

D'OSTÉO-ARTHROPATHIE-HYPEROSTOSIQUE TARDIVE

CHEZ UN HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 JUILLET 1888

PAR

Pierre-Germain-Georges ROLLAND

INTERNE DES HOPITAUX

Né à Agen (Lot-et-Garonne), le 12 mars 1857.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANELONGUE,	professeur,	*président.*
BOUCHARD,	professeur,	*juges.*
PLANTEAU,	agrégé,	
FERRÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 80

SUR UN CAS

D'OSTÉO-ARTHROPATHIE-HYPEROSTOSIQUE TARDIVE

CHEZ UN HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 JUILLET 1888

PAR

Pierre-Germain-Georges ROLLAND

INTERNE DES HOPITAUX

Né à Agen (Lot-et-Garonne), le 12 mars 1857.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANELONGUE,	professeur,	*président.*
BOUCHARD,	professeur,	*juges.*
PLANTEAU,	agrégé,	
FERRÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	De FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. { MM. PLANTEAU. FERRÉ. } | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.... .... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0082

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LANELONGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine.

Stage de 1882-1884. — Internat 1887-1888.

HOMMAGE RESPECTUEUX

A Monsieur le Dr PICOT

Professeur de Clinique médicale, Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Internat 1885-1886.

A Monsieur le Docteur ARNOZAN

Professeur de Clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-André, Chevalier de la Légion d'honneur.

Internat 1886-1887.

Service des Vieillards de Pellegrin.

A Monsieur le Docteur LUGEOL

Chirurgien en Chef de la Maternité de Pellegrin.

A Monsieur le Docteur LANDE

Ancien Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Externat 1884-1885.

A Monsieur le Professeur agrégé PIÉCHAUD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux,

A Monsieur le Docteur COURTIN

Chirurgien des hôpitaux.

A mes Maîtres à Pellegrin

MM. les Professeurs Agrégés BOURSIER et POUSSON

Chirurgiens des hôpitaux.

INTRODUCTION

Lorsque, après bien des vicissitudes, je repris en 1883 les études de médecine que j'avais commencées en 1875, dans les dernières années de l'Ecole de médecine de Bordeaux, le hasard, cette fois, me fut favorable et me dirigea en curieux et à l'aveuglette dans le service de M. le professeur Lanelongue.

Le mouvement, l'entrain, la bonhomie du service me firent prendre goût à son travail si régulier et si gai et fixèrent là mes débuts.

Dans ce retour à la vie des choses et des êtres raisonnables, je restai deux ans dans le service du Maître, assez pour y prendre de l'ambition et me lancer malgré mon âge, presque adulte alors, dans les concours; aussi, dans ma troisième année, entrai-je pour accomplir mon temps d'externat dans le service de M. le professeur agrégé Lande, médecin des hôpitaux. Je rencontrai chez cet excellent chef de service autant de cordialité qne de dévouement, et ses conseils furent, je dois le dire, d'une telle valeur que, fait exceptionnel dans les fastes hospitaliers, ses quatre externes franchirent le seuil de l'internat dans l'année 1885 où pourtant le nombre des internes nouveaux était fixé à sept.

C'est ainsi que j'eus l'honneur, dans ma première année d'internat, d'être attaché au service de M. Picot, professeur de clinique médicale, et de voir dans la pratique, éclairé des explications que nous donnait longuement ce maître, se réaliser les faits dont j'avais étudié la théorie l'année précédente.

Malheureusement, je devais faire l'expérience des leçons de clinique interne sur de nouveaux malades que j'avais à soigner dans ma deuxième année à l'Hospice général de Pellegrin. Je prenais le service des vieillards sous la direction de M. le professeur agrégé Arnozan, médecin des hôpitaux, et, malgré tout le talent, toute l'habileté de ce chef si instruit, nous pûmes voir pendant toute la saison froide, comment l'humanité soldait son dernier terme avec l'existence et de quelle façon terrible la mort se servait impitoyablement sa part de vieillards malades.

Par contre, que de livres de comptes nous avons vu ouvrir avec l'existence! La Maternité de Pellegrin nous a permis, en nous donnant ce spectacle rassérénant, d'y faire nos études d'obstétrique. M. le Dr Lugeol, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, mérite tous nos remerciements pour la bienveillance et l'affabilité avec lesquelles il nous a donné les premiers éléments et facilité la connaissance de l'art des accouchements.

Enfin, et c'est là ma dernière étape, je suis revenu à mon ancien, à mon premier service, à mon point de départ. Maintenant, je suis un adulte; j'ai voulu ressentir de plus près l'âpre rafale qui nous secouait et nous vivifiait, il y a quelque cinq ou six ans; je l'ai ressentie et j'en emporte la fraîcheur au front dans les luttes de la vie. Dans ce service, j'ai pris la profonde estime d'un maître dont l'énergie est inépuisable et communicative, le respect profond de son savoir et de sa méthode, l'admiration pure de son amour du devoir et de sa bonté et je ne considère pas mon compte de reconnaissance terminé par les quelques lignes que j'écris.

Que mes bons amis les docteurs Jarjavay, Elie Rivière, G. Suzanne, Daraignez, Viéron, Ducuron et Giraud, mon compagnon d'exil à Pellegrin, reçoivent leur part de bons souvenirs dans l'adieu que je fais à la vie d'étudiant.

J'adresse à l'Internat mes chaudes et cordiales salutations.

Naturellement j'ai pris dans la salle 17 dont j'étais interne le cas qui fait l'objet de mon travail inaugural. Ce travail est très humble, une seule observation et très peu de bibliographie ; peu de personnes ont encore écrit sur ce sujet un peu neuf ; je présente du reste ce travail au lecteur dans le chapitre suivant intitulé *Position de la question*.

SUR UN CAS

D'OSTÉO-ARTHROPATHIE-HYPEROSTOSIQUE TARDIVE

CHEZ UN HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

CHAPITRE PREMIER

POSITION DE LA QUESTION

Dans notre travail, nous ne voulons nous occuper que d'un fait particulier et peu répandu encore. La syphilis héréditaire tardive est un vaste chapitre de la pathologie générale, où nous n'avons voulu prendre qu'un point et traiter de la syphilis articulaire.

Sous ce titre, le sujet reste encore beaucoup trop vaste et nous l'avons limité à l'étude des arthropathies syphilitiques chez les hérédo-syphilitiques.

Les observations que possède la science sur la question sont très peu nombreuses. Je présente une observation clinique de pseudo-tumeur blanche syphilitique chez un hérédo-syphilitique, c'est, si je ne me trompe, la SIXIÈME de la littérature médicale.

C'est en raison du petit nombre de faits connus que le cas que je présente a de l'importance et tire sa valeur nosologique.

Ars medica, tota in observationibus, fait-on dire au père de la médecine; aussi m'en tiendrai-je à peu près à mon observation clinique suivie depuis un an que le malade est sous nos yeux. Je ne ferai pas de ce travail un chapitre de pathologie où le diagnostic suit les symptômes et précède le pronostic et le traitement; non, je raconterai purement et simplement ce que j'ai vu, on trouvera du reste bien mieux traité dans les leçons de M. le professeur Fournié, publiées en 1886, le chapitre de pathologie qu'on pourrait désirer ici. Ce chapitre ne m'appartient pas — je le laisse à l'ouvrage du Maître — tout au plus lui ferai-je quelques emprunts.

Je tâcherai de faire l'historique de la question et de dire ce qu'on en sait. Naturellement je ne m'occuperai point des autres affections articulaires de nature syphilitique; ainsi je passerai sous silence les travaux de Richet faits en 1853 sous le nom de tumeur blanche syphilitique dont il cite cinq observations, de même que les discussions de Ricord et de Panas qui n'admettent point l'affection, et toute la polémique scientifique engagée et soutenue par Dauzats et Voisins, partisans des idées de leur maître Richet, et combattue par Bouilly en 1878 dans sa thése d'agrégation.

Moins fortuné que M. Méricamp qui, en 1882, pouvait soutenir le type des arthropathies syphilitiques tertiaires et le rendre incontestable par l'appui de deux autopsies faites par M. Lancereau et lui, nous ne pouvons malheureusement user du contrôle anatomo-pathologique, ni dans le cas présent, ni faire appel à des observations anatomo-pathologiques plus anciennes dues à des prédécesseurs dans l'étude de la matière.

La première nécropsie est encore à faire et sera une bonne fortune pour celui qui pourra la publier.

C'est, je le répète, à l'étude d'un fait d'arthropathie syphilitique chez un hérédo-syphilitique que se rapporte mon travail.

Mais dans la syphilis héréditaire, il existe deux formes bieu

nettes : la syphilis héréditaire tardive et la syphilis héréditaire précoce.

» Sous le titre de syphilis héréditaire tardive, on désigne, dit M. le professeur Fournié, l'ensemble des accidents syphilitiques qui, dérivant d'une infection héréditaire, se produisent à un âge plus ou moins avancé de la vie, c'est-à-dire au cours de la seconde enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte. Par opposition à la syphilis héréditaire précoce qui succède immédiatement ou rapidement à la naissance, la syphilis héréditaire tardive est celle qui fait ses manifestations dans un âge plus distant de la naissance, et cela, soit qu'elle entre en action à cet âge, soit qu'elle ait été précédée d'autres accidents de même origine dans le premier âge. »

Le cas que je présente est un cas de syphilis héréditaire tardive.

Et le temps est trop loin maintenant où l'on confondait les hérédo-syphilitiques avec les scrofuleux et où on les assimilait, pour que je m'arrête à diagnostiquer ces deux affections l'une de l'autre. Tous les praticiens connaissent trop bien la peau fine, blanche ou transparente, l'éclat rosé et frais qui constituait la beauté scrofuleuse. Le sujet que je présente est assez net et on ne retrouve chez lui ni l'hypertrophie massive de la lèvre supérieure, ni les lividités cyaniques des extrémités, ni cette peau chair de poule de la face externe des membres, ni ces mains molles et bleues des strumeux.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Les premiers auteurs, Mahon, Doublet, Bertin, Viday, Cullerier, Roger et jusqu'à Auguste Voisin qui s'occupèrent de la syphilis héréditaire, méconnurent complètement l'hérédité tardive et lui assignaient comme époque constante les premiers mois de la vie. Quant aux observations qui constatent son existence, Vidal n'y croit point et Rollet en conteste l'authenticité. Mais dès 1853, à l'Académie de médecine, Ricord soutenait l'hérédité tardive contre Depaul et Devergie; bientôt après, les observations se multipliant, les partisans de la non syphilis héréditaire se retranchèrent derrière la scrofule.

C'est alors que M. Lancereau, dans son *Traité et leçons sur la syphilis,* M. le professeur Fournier, dans ses travaux et ceux de ses élèves, apportèrent à l'actif de la syphilis héréditaire tardive plusieurs observations remarquables.

. . .

Tous les travaux ou presque tous les travaux faits sur la syphilis et sur la syphilis héréditaire sont à peu près muets sur la question qui nous occupe jusqu'à l'année 1880, où Dureuil, dans son travail inaugural, traite des contributions à l'étude des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques et en publie trois cas.

Le titre de l'ouvrage semblait indiquer que l'auteur voulait,

dans son travail, traiter des pseudo-tumeurs blanches quelle qu'en fût la nature, syphilis héréditaire ou syphilis acquise; mais par un hasard que nous signalons, toutes les observations personnelles de M. Dureuil traitent des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques chez des hérédo-syphilitiques; les autres observations sont dues à M. le professeur Fournier.

Dans le chapitre consacré à l'étiologie de cette affection, M. Dureuil écrit : « L'hérédité est une cause qui nous paraît devoir occuper ici une place importante dans la production de la pseudo-tumeur blanche syphilitique. Cette cause puissante peut encore exercer son action non seulement sur une, mais sur deux générations. En outre, fait assez remarquable pour être signalé, c'est par un accident appartenant en propre à l'époque tertiaire, par une pseudo-tumeur blanche que peut se produire la première manifestation de cette syphilis héréditaire. »

Dès ce moment, les termes de la question sont posés.

Nous retrouvons les observations citées par M. Dureuil dans le travail de M. Méricamp « *Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires* » (Thèse de Paris, 1882).

Ici les arthropathies syphilitiques se divisent en trois types; nous les mentionnons pour mémoire, quoique le second seul ait trait à notre étude.

La première forme d'arthropathies syphilitiques est surtout caractérisée *par un épanchement articulaire,* toujours symptômatique des altérations suivantes :

a. Dépôts gommeux ou infiltrations gommeuses développées *autour* de la synoviale;

b. Gommes développées au niveau d'un des culs-de-sac de la synoviale et retentissant ou non sur l'os adjacent;

c. Périostites circonscrites au niveau d'un cul-de-sac synovial.

Le deuxième type comprend les faits que M. le professeur Fournier a groupés sous le nom de *pseudo-tumeurs blanches syphi-*

litiques; il est caractérisé par des lésions des extrémités osseuses, tous les éléments fondamentaux de l'articulation (les cartilages articulaires exceptés) restant intacts.

Cinq observations rentrent dans ce cadre, ainsi que deux cas de pseudo-tumeurs blanches observés et signalés déjà par Dureuil, en 1880, chez des hérédo-syphilitiques.

Le troisième type est la variété déformante. Les accidents de la syphilis héréditaire sont précoces ou tardifs.

La forme précoce ne saurait avoir d'adversaires; il n'en est pas de même de la syphilis héréditaire tardive qui a été niée et acceptée tour à tour pendant ces trente dernières années et sur laquelle à maintes reprises se sont élevés des débats retentissants.

« Aujourd'hui, dit M. le docteur Méricamp, la question paraît presque épuisée; la syphilis héréditaire est admise par les syphiliographes les plus autorisés, et rares sont les voix qui s'élèvent pour la combattre. »

(Lire la thèse de Gressent, 74; Augagneur, 79; Roussel, 1881.)

« Il n'est pas indifférent, continue-t-il, d'admettre ou de ne pas admettre la syphilis héréditaire tardive; nier la syphilis héréditaire tardive, c'est agrandir d'autant le domaine de la scrofule; c'est s'exposer à traiter comme scrofuleuses des lésions manifestement syphilitiques; c'est condamner les malades à des traitements aussi longs qu'infructueux; c'est s'exposer à bien des insuccès; c'est peut-être compromettre l'existence du patient, alors que quelques semaines de traitement spécifique suffiraient pour assurer sa guérison complète. »

Les accès de la syphilis héréditaire sont sensiblement les mêmes que ceux de la syphilis acquise; une différence capitale les sépare néanmoins, c'est que dans l'ordre et la succession des accidents, la syphilis héréditaire n'admet pas de discipline, ne reconnaît pas de chronologie. »

A son tour, M. Méricamp apporte deux observations : l'une,

personnelle, d'arthropathie avec arrêt d'accroissance des membres supérieurs ; l'autre, trouvée dans la thèse de Gressent (1874) et due à Dureuil (de Rouen), traite d'une arthropathie du coude (variété de formation chez un sujet atteint de syphilis).

Dans la même année, M. Léon Defontaine fait l'étude de la question qui nous intéresse, mais d'une façon rapide et accessoire, dans sa thèse *De la syphilis articulaire*.

Il apporte un cas nouveau rapidement et incomplètement étudié, dans le chapitre qu'il intitule *Arthropathies attribuées à la syphilis héréditaire*.

Enfin Fournié, dans ses leçons sur la syphilis héréditaire tardive, donne les mêmes divisions que M. Méricamp qui les tenait du reste de lui. Voici ce qu'il en dit :

« Ici, aspect général de la tumeur blanche, comme tuméfaction et déformation globuleuse de l'article ; mais tumeur constituée presque exclusivement par des *hypérostoses massives des épiphyses* et très accessoirement par un certain degré d'épanchement synovial ou d'épaississement des tissus fibreux péri-articulaires.

« En outre, contrairement à ce qui est d'observation commune dans la tumeur blanche, intégrité des téguments qui ne sont ni rouges, ni chauds, ni empâtés, ni œdémateux ; nulle tendance aux complications phlegmasiques et moins encore à la suppuration.

De là, conséquemment, pas d'incapacité fonctionnelle, ni d'immobilisation de la jointure ; pas d'attitude fixe et obligatoire, pas de rétraction musculaire, etc., comme dans la véritable tumeur blanche : inversement, mouvements conservés, gênés sans doute et limités, ne se produisant qu'avec quelques craquements articulaires, mais peu ou pas douloureux. Si bien, somme toute, que la jointure conserve une grande partie de ses fonctions, à ce point, par exemple, qu'avec une lésion de ce genre intéressant le genou les malades peuvent encore marcher, voire courir quelquefois.

Finalement, pas de symptômes généraux (sauf coïncidences, bien entendu), ou, pour mieux dire, pas de réaction générale dérivant de la lésion, notamment pas d'accidents de suppuration chronique, de fièvre vespérine, d'amaigrissement, d'épuisement cachectique, etc. »

Toutes les manifestations syphilitiques peuvent survenir à des étapes plus ou moins tardives de l'hérédo-syphilis ; et, parlant des erreurs nombreuses commises, M. Fournier écrit :

Conservons ces erreurs en souvenir, Messieurs, pour nous en garder nous-mêmes, et fixons bien dans notre esprit l'enseignement qui résulte de ce qui précède, à savoir :

« Qu'étant donnée sur un enfant ou un adolescent, une arthropathie qui n'est pas catégoriquement expliquée par une influence morbide évidente, accidentelle ou constitutionnelle, il y a toujours lieu de songer à la syphilis héréditaire comme cause possible de cette arthropathie et de la faire intervenir au nombre des facteurs étiologiques susceptibles de rendre compte d'une telle lésion. »

OBSERVATION I

(Defontaine).

Cas d'arthropathie syphilitique déformant chez un hérédo-syphilitique.

Chez ce malade, l'affection a débuté vers l'âge de cinq ans et a été *polyarticulaire*, envahissant les deux coudes et l'épaule droite.

Le coude gauche est relativement peu atteint; rien dans l'humérus et dans l'olécrane; mais la tête radiale est très hypertrophiée, et forme en arrière et en dehors une saillie considérable; de cette déformation de la tête radiale résulte que l'avant-bras au lieu de faire avec le bras, un angle obtus ouvert en dehors, forme au contraire un angle obtus ouvert en dedans.

Au demeurant, tous les mouvements sont conservés sans craquements articulaires.

Du côté de l'épaule droite, nous notons seulement des craquemeuts articulaires et une saillie pyramidale située sur la face externe de l'extrémité supérieure de l'humérus, saillie que soulève le deltoïde.

Le coude droit est déformé à tel point qu'on pourrait, au premier abord, songer à une luxation complète en arrière; l'olécrâne a sa forme et sa situation normales, mais la tête radiale hypertrophiée, forme en arrière une saillie cuboïde considérable. De même l'humérus est déformé; un peu au-dessus de la tête radiale, à très peu de distance de l'interligne radio-huméral, est une saillie osseuse de 1 centimètre de diamètre; au-dessus de l'épitrochlée, sur le bord interue de l'humérus, est une seconde saillie de forme conoïde. Point de douleurs. Intégrité presque complète des mouvements, flexion et extension; gêne considérable au contraire, et craquements articulaires pendant les mouvements de l'articulation radio-humérale; ici encore, de même que dans l'observation de Duménil, ce sont les extré-

mités osseuses adjacentes à l'interligne radio-huméral qui sont principalement, presque exclusivement atteintes.

Cette observation porte sur un enfant de 5 ans — aussi ne présente-t-elle qu'une valeur relative au milieu de notre travail, nous la reproduisons cependant pour être complet.

OBSERVATION II (résumé)

Thèse de Dureuil, 1888

Syphilis héréditaire. — Hypérostose du tibia droit. — Pseudo-tumeur blanche Syphilitique du genou gauche. — Hydarthrose consécutive.

Enfant de 11 ans, soigné en 1880 dans le service de M. le professeur Fournier, hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas. Entré le 25 février 1880. Bonne santé antérieure, n'a jamais fait aucune maladie et n'est porteur d'aucune manifestation scrofuleuse.

Sa mère raconte qu'à l'âge de six semaines, cet enfant qui, jusqu'alors avait été très beau et très vigoureux, se mit à dépérir et fut pris de diarrhée. Elle constata, avec une grande inquiétude, des ulcérations périnéales qui résistèrent pendant un certain temps à tous les soins. D'après les détails donnés par cette femme, on peut penser qu'il s'agit là d'une manifestation syphilitique, sans cependant être en droit de l'affirmer positivement. « M. Bouchut le traita pendant quelques temps avec une cuillerée à café d'une eau claire et salée, dit la femme, qui ne peut donner d'autres détails. Quoiqu'il en soit, au bout de quelques jours, l'enfant reprend la santé et l'embonpoint. Aujourd'hui, c'est un enfant vif, intelligent, n'ayant jamais été malade depuis les premiers accidents que nous venons de citer et n'offrant pas le moins du monde l'aspect d'un scrofuleux. La santé était bonne malgré la nourriture souvent insuffisante, lorsqu'il y a deux ans, jouant avec des camarades, il reçut, à ce qu'il raconte, un coup peu violent sur la partie supérieure de la jambe droite. Ce coup marqua le début de

l'affection osseuse qu'il porte à la jambe droite. La jambe devint rouge, enflée; l'enfant cacha son état de crainte d'une correction.

Le volume du tibia augmenta pendant un an et alors l'enfant se décida à le montrer à sa mère, car alors existaient à la surface de la tuméfaction osseuse trois plaies dont les souffrances l'obligèrent à se plaindre. Les soins médicaux guérirent ces plaies, sauf à la partie supérieure, où il resta un point qui ne pouvait cicatriser.

Cette petite plaie fut le point de départ d'une ulcération que l'on voit encore aujourd'hui et qui n'eut jamais d'autres caractères.

Il y a six semaines, il constata, sans pouvoir se l'expliquer autrement que par la fatigue, n'ayant reçu aucun coup, que son genou gauche qu'il avait remarqué être volumineux depuis quelque temps, venait d'augmenter considérablement de volume dans un laps de temps assez restreint. Comme il ne souffrait pas, *que ses jeux n'étaient pas interrompus,* il aurait gardé le silence, si l'ulcération de la jambe droite, par la douleur qu'elle lui occasionnait, ne l'avait obligé à parler. Cette augmentation de volume était due à un épanchement articulaire. Le malade resta six semaines sans traitement.

Du côté du membre gauche, on constate que l'articulation du genou est volumineuse et que cette augmentation qui atteint le fémur et le tibia à leurs extrémités donne à la jointure un aspect caractéristique; malgré cela, la peau est parfaitement intacte dans toute son étendue. En mesurant les dimensions de la tumeur, le membre étant dans l'extension complète, on trouve : pour le diamètre médio-rotulien 30 centimètres; sous-rotulien, 26; sus rotulien, 27. Si l'on cherche à se rendre compte des causes de cette augmentation considérable, l'on constate qu'elle tient d'une part, à ce que l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia sont tuméfiées ; que cette tuméfaction qui est absolument lisse, sans rugosités aucune, tout d'une venue, en un mot, donne au toucher absolument la sensation d'une résistance osseuse; il n'y a pas de doute possible, on est en présence d'un hypérostose des extrémités tibiales et fémorales. L'hypérostose tibiale a une longueur de 7 centimètres ; la fémorale mesure 6 centimètres. C'est surtout sur les condyles internes tibiaux et fémoraux que cette hyperostose est très manifeste. Ils sont d'une façon très évidente, plus volumineux que

les condyles externes qui, d'ailleurs, sont plus volumineux qu'à l'état normal. L'augmentation de volume de l'articulation dans sa masse tient, d'autre part, à la présence d'un épanchement articulaire. Cette hydarthrose qui, comme nous l'avons dit, remonte à six semaines et qui est, par suite, consécutive à l'hypérostose des extrémités articulaires, n'est plus aujourd'hui aussi considérable qu'elle l'était à cette époque. Lorsque le membre est dans l'extension complète, la rotule qui, d'ailleurs, a conservé son volume normal et sa mobilité, est éloignée des condyles fémoraux d'un peu moins d'un centimètre. Malgré cela, l'épanchement intra-articulaire est très nettement sensible, on ne constate pas dans toute la tumeur, la moindre trace de fongosités. *La synoviale et les tissus péri-articulaires ne sont ni épaissis ni indurés;* l'exploration ne provoque aucune douleur dans toute l'étendue de la masse morbide.

Les mouvements de l'articulation sont *entièrement libres*. Le malade, depuis les débuts des premiers symptômes, s'est toujours servi de son membre comme s'il était sain; il boîte cependant un peu, mais il est capable de supporter une longue course, car il est venu à pied de Levallois-Perret à Saint-Louis.

Après l'examen des lésions qui viennent d'être décrites, cette artropathie ne peut avoir qu'une origine syphilitique. En outre, de l'histoire complète de cette pseudo-tumeur blanche, il est manifeste que la question d'hérédité syphilitique s'impose (la syphilis venait de la grand'mère).

Traitement : Iod. de pot. — Guérison.

OBSERVATION III (résumée)

Thèse de Dureuil.

Pseudo-tumeur blanche syphilitique héréditaire de l'articulation tibio-tarsienne gauche.

Jeune garçon de 14 ans. Point de scrofule. Point de traumatisme. Syphilis héréditaire. La mère, âgée de 40 ans, s'est toujours bien portée et n'a jamais eu rien sur elle de syphilitique. Mais cette femme eut dans les pre-

mières années de son mariage deux fausses couches de huit mois et deux enfants morts. Puis deux autres enfants, qui, quoique se portant très bien en apparence, furent emportés subitement en très bas âge d'affections inconnues. Enfin, plus tard, elle eut trois enfants qui se portent bien, sauf celui qui nous occupe ici.

Le père reconnaît avoir eu sur la verge, quelque temps avant son mariage, un bouton qui, d'après les renseignements qu'il donne, ne peut être qu'un chancre syphilitique. Il ne l'a pas soigné depuis cette époque et dit n'avoir jamais été malade.

Dans le courant du mois de janvier dernier, l'enfant qui nous occupe ressentit dans la partie inférieure de la jambe gauche des douleurs qui augmentaient de violence la nuit et lui causaient des insomnies très pénibles.

Il déclare qu'il n'a jamais eu d'entorse, et que les parties dont il souffre n'ont jamais été contusionnées; aussi croit-il que les souffrances ont été causées par les fatigues de son état qui l'oblige à se tenir constamment debout.

Malgré cela, il n'a jamais cessé son travail. Peu à peu, dit-il, il a vu son pied et le bas de sa jambe grossir et, au bout d'un mois, acquérir le volume que l'on constate aujourd'hui.

Un médecin consulté crut voir là une manifestation scrofuleuse et conseilla l'huile de foie de morue. Cette médication continuée jusqu'à ce jour n'a produit aucun résultat.

Etat actuel : L'articulation tibio-tarsienne gauche est plus volumineuse qu'à l'état normal. La peau de la région est parfaitement intacte. A la palpation, on constate que le tibia, dans les 8 ou 10 centimètres inférieurs, a acquis une augmentation assez notable de volume qui a son maximum au niveau de la malléole interne. Le pied au niveau de l'articulation est plus volumineux que le pied sain.

La mensuration a donné les résultats suivants :

Jambe malade : Le ruban métrique passant par le milieu de la malléole interne donne 21 centimètres, et du côté sain 25 centimètres. Par l'exploration, il est facile de s'assurer que les os sont augmentés de volume et que

l'on est en présence d'une hypérostose occupant la partie inférieure du tibia et les surfaces articulaires.

Toute la tuméfaction est complètement dure, osseuse; on ne constate la présence d'aucune fongosité. L'indolence est absolue, les mouvements de l'articulation sont entièrement libres. Pas d'épanchement intra-articulaire, pas de craquements.

Le malade n'a jamais cessé de marcher depuis le début des accidents, et s'est rendu à pied de chez lui à l'hôpital.

Traitement : Iodure de potassium 1 gramme. Diminution de la tumeur après quatre jours. Sept jours après, la tumeur a diminué de 1 cent. 1/2.

Traitement continué.

OBSERVATION IV (résumée).

(Thèse de Dureuil).

O. (Louis), âgé de 3 ans, est présenté à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis, le 3 avril 1880.

Pas d'antécédents syphilitiques. La mère, âgée de 28 ans, mariée depuis 7 ans, dit n'avoir jamais eu aucune maladie, mais dans les deux premières années de son mariage, elle eut deux fausses couches, l'une de 3 mois, l'autre de 4. Bonne santé habituelle. Le père de l'enfant, cordonnier, 35 ans, ne croit pas avoir eu la syphilis; cependant il reconnaît qu'étant soldat il a eu à la verge des plaies qui, après avoir duré un certain temps, se sont guéries d'elles-mêmes. Il n'a jamais suivi de traitement spécifique. L'enfant a toujours été souffrant, chagrin, a peu d'appétit, n'a pas l'aspect d'un scrofuleux et n'est porteur d'aucune manifestation de scrofule. Il souffrait depuis quelque temps de son coude gauche, lorsqu'il y a six semaines celui-ci commença à augmenter de volume et n'a pas jusqu'à présent cessé de s'accroître. Le coude gauche, aujourd'hui, a un volume manifestement supérieur au coude droit. Par la palpation, il est facile de reconnaître que l'extrémité inférieure de l'humérus et les extrémités supérieures du radius et du cubitus

sont augmentées sur une longueur de quatre centimètres pour l'humérus et de cinq centimètres pour le radius et le cubitus. Le ruban métrique donne un peu au-dessus du pli articulaire 15 centimètres de circonférence, et le bras droit a seulement 14. Au-dessous du pli articulaire 17 centimètres pour le bras malade, 14 pour le bras sain.

La main qui explore cette tumeur perçoit la sensation d'une résistance absolument dure, osseuse ; pas d'empâtement, pas de fluctuation, la peau est intacte. L'examen ne provoque pas de douleur. *Les mouvements de l'articulation sont entièrement conservés.* Pas de lésions appréciables des milieux articulaires.

Traitement prescrit par M. le professeur Fournier : iodure de potassium, 50 centig. par jour.

OBSERVATION V

MELCHIOR-ROBERT, 1861, p. 701.

Mme A..., âgée de 65 ans, me fait appeler pour des douleurs avec gonflement des extrémités articulaires du genou gauche; elle a, de plus, un gonflement avec fluctuation au niveau de la cinquième côte du même côté.

En proie à d'horribles souffrances depuis environ deux mois, elle demande à tout prix un soulagement à des maux qui ont résisté à tous les agents de la thérapeutique ordinaire. J'ordonne un vésicatoire sur le genou et de la farine de lin sur la tumeur costale, des purgatifs et des boissons émollientes. Les douleurs ne font qu'augmenter et privent la malade du repos de la nuit ; en un mot, elles sont nocturnes. Ce caractère m'engage à diriger mes recherches dans le sens d'une affection syphilitique. La malade m'assure n'avoir jamais eu aucune maladie du genre de celle que je soupçonne ; sa fille, âgée de 40 ans environ, me donne la même assurance et me dit que son frère s'est toujours bien porté. Je ne trouve d'ailleurs aucune trace d'accidents spécifiques. Malgré ces renseignements et fort de l'inutilité des médications précédentes, je prescris l'iodure de potassium à dose croissante,

comme je l'eusse fait pour des douleurs ostéocopes. Quelques jours suffisent pour mettre fin à ces douleurs, et, en continuant le traitement ioduré, j'ai la satisfaction de voir le gonflement du genou disparaître graduellement, la tumeur costale s'affaisser d'abord et puis s'effacer complètement. M^me^ A. a vécu encore 3 ans, sans présenter aucun symptôme de ce genre.

OBSERVATION VI

(Davaise 1865)

La syphilis. Ses formes. Son unité (p. 314 et 366)

F..., 16 ans. A 7 ans, ostéo-arthropathie du genou, suite de nombreux séquestres.

A 15 ans, état rachitique très prononcé, ulcérations des fosses nasales, effondrement et nécrose des os du nez, douleurs ostéocopes.

Le traitement local avait *un peu* amélioré le genou, il ne donne pas les résultats des traitements spécifiques.

Le père et la mère étaient en bonne santé. Les autres enfants morts avant cette fille étaient morts en bas âge. La grand'mère avait été syphilitique peu après son mariage et présentait des cicatrices sur le voile du pharynx qui avait été ulcéré.

OBSERVATION VII

(Wirchow)

Syphilis constitutionnelle, 1860, p. 37

H..., 18 ans. Aucun antécédent connu. Œdème des membres inférieurs et ascite, dyspnée. Tuméfaction du genou droit. Mort d'une affection cholériforme.

Autopsie : Accidents syphilitiques du foie très marqués, de la rate et des reins.

OBSERVATION VIII (personnelle)

Pseudo-tumeur blanche hérédo-syphilitique du genou gauche.

Boireau (Armand-Dominique), âgé de 20 ans, entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de clinique de M. le professeur Lanelongue, le 27 Novembre 1887, pour des douleurs éprouvées au genou gauche et pour un gonflement assez grand occupant cette région.

Antécédents héréditaires : Père âgé de 50 ans, bonne santé, a été soldat et n'a jamais souffert de rien.

Mère âgée de 48 ans. Elle s'est toujours bien portée; mais il y a 23 ans elle prit un nourrisson qui, au dire du malade, lui fit venir du mal autour du sein. Quelques jours après seraient survenues des taches roses sur tout le corps. Elle n'a jamais souffert de la gorge, elle n'a jamais perdu les cheveux, mais elle se serait longtemps plainte de douleurs à exacerbations nocturnes.

Antécédents personnels : Dans son enfance, Boireau s'est bien porté; il n'accuse pas d'antécédents de strume, le nez, ni les yeux n'auraient coulé; — pas de développement ganglionnaire — pas de fièvres éruptives? — le malade ne sait s'il a grandi lentement, s'il a marché tard, s'il a fait ses dents tard, s'il a parlé tard. Sa santé a donc toujours été bonne, quand il y a cinq au six ans, c'est-à-dire à quatorze ans, il a commencé à éprouver quelques douleurs dans le genou gauche. Ces douleurs présentaient un caractère nocturne bien déterminé. *Le malade pouvait cependant travailler pendant la journée.*

Mais quelquefois, dit-il, la douleur devenait trop grande, je ne dormais pas pendant la nuit et alors pour me reposer, je gardais le lit pendant quelques jours et je pouvais après reprendre mon travail; — cependant, si dans ces moments là, il avait besoin de quelque objet, il n'éprouvait aucune hésitation à se lever et aller le chercher lui-même. Les phénomènes douloureux avaient fait leur apparition dans l'articulation tibio-tarsienne.

Dès ce moment le genou commença à gonfler, mais le malade ne sait dire où la chose commença; il lui sembla, tout simplement, que son genou

était devenu plus volumineux dans son ensemble. Il fut soigné avec grand soin par un médecin qui aurait produit des rémissions, mais ces rémissions n'étaient que temporaires, et c'est après avoir subi pendant cinq ans ces alternatives que le malade se décida à venir réclamer des soins à l'hôpital Saint-André.

Son ouïe et sa vision sont restées parfaites.

Etat actuel : En examinant notre malade, nous voyons qu'il a le teint d'une couleur sombre gris sale, presque terreux.

Le facies est légèrement pigmenté sur un fond terreux et non rosé et marque à peu près l'âge de ce jeune homme. La peau ne présente enfin aucune trace de cicatrice et n'est point glabre.

Les muqueuses ne présentent rien de particulier.

La triade d'Hutchinson ne se retrouve pas ici.

Pas d'inflammations oculaires.

Pas de troubles de l'ouïe.

Mais malformations dentaires. Ce sont des lésions qui affectent le corps même de la dent. En examinant la canine inférieure gauche, on aperçoit une véritable rigole. On dirait qu'à partir de ce point la dent se présente comme un gland hors de sa cupule et que toute cette partie soit privée d'émail.

C'est une véritable atrophie de l'extrémité libre qui subit ainsi une forte échancrure circulaire et s'est réduite à un tronçon exigu conique.

Les dents sont noirâtres, mais ne présentent rien de particulier.

Il ne présente aucune malformation de la face ou du crâne. Les os sont assez volumineux et ne sont le siège d'aucun phénomène vicieux.

Sa taille est de $1^{m}64$.

Son intelligence est absolument intacte et est assez développée.

Lorsqu'on examine le membre inférieur gauche, on voit qu'il forme un angle très ouvert et que le creux poplité se trouve élevé de quatre doigts environ du drap du malade. La peau qui recouvre le genou présente la coloration normale ; tout le genou est fort gonflé et présente, en exagérant la comparaison, la forme de deux cônes adossés par leur base et dont le sommet remonterait du côté du fémur et descendrait du côté de la jambe. C'est un gonflement en masse où la rotule ne semble pas particulièrement

soulevée. Au toucher on ne sent les téguments ni rouges, ni chauds, ni empâtés, ni œdémateux. Et l'on ne perçoit rien autre chose qu'une dureté osseuse presque immédiatement sous-cutanée ; on n'éprouve pas de sensations de fongosités mollasses ou pseudo-fluctuantes, se déprimant sous le doigt. Le genou gauche mesure dans sa ligne médio-rotulienne $36^{cm}5^{mm}$ de circonférence, tandis que le genou droit ne mesure que 33 centimètres et ce gonflement remontait à 12 centimètres environ du côté du fémur et descendait de 8 centimètres sur l'épiphyse tibiale supérieure.

On ne fait pas naître spécialement de douleur à la pression quoique les bords des plateaux du tibia soient légèrement sensibles. En recherchant l'élément douleur et en frappant vivement sur le talon de façon à faire choquer les plateaux du tibia contre les condyles fémoraux on ne détermine rien.

Pas d'incapacité personnelle, pas d'immobilisation de la jointure; ce n'est point par vigilance musculaire que l'articulation est légèrement fléchie mais par gonflement osseux; les mouvements sont conservés, limités dans une certaine mesure; ainsi on ne peut placer le talon contre la fesse, mais le malade, debout, marche encore.

Quand on fait exécuter des mouvements au membre, on sent de gros craquements osseux très manifestes.

Nous devons signaler encore quelques douleurs éprouvées dans l'articulation scapulo-humérale, mais beaucoup moindres et n'ayant pas donné lieu à d'autres phénomènes qu'à ceux de douleur.

Le malade n'a pas de symptômes généraux, pas de suppuration dérivant de la lésion quoiqu'il ait eu un trajet fistulaire tari depuis trois ans et dont il ne serait jamais sorti d'os, sur la face externe de la partie supérieure du tibia droit; il ne présente pas du reste des accidents de suppuration chronique, de fièvre vespérine, d'amaigrissement, d'épuisement cachectique.

Rien du côté des organes respiratoires.

Organes digestifs sains. Voile du palais, marge de l'anus indemnes.

Organes circulatoires sains.

Rien pour le système nerveux ni pour le système génito-urinaire.

Traitement : Dès son entrée, M. le professeur Lanelongue soumet ce malade au traitement suivant :

Badigeonnages d'onguent napolitain ; iodure de potassium.

Au bout de quatre jours, les douleurs osseuses cessent. Au bout de vingt jours, grosseur médio-rotulienne 35,5, atteint le volume de l'autre et est même descendue à 32 centimètres, il est vrai de dire que pendant le traitement le malade s'est plaint de douleurs articulaires du genou jusque-là sain.

Aujourd'hui la jambe du malade est totalement redressée, il se rend utile dans la salle toute la journée, dort la nuit, a les deux genoux de même dimension ; on perçoit oncore quelques craquements assez forts.

Le traitement a été continué presque sans désemparer depuis le mois de décembre jusqu'au moment où nous l'examinons, aujourd'hui 18 juin.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Le mot de Richet : Tumeur blanche syphilitique est un vieux terme s'appliquant assez bien au sujet et permettant d'en faire assez rapidement et assez exactement le diagnostic. Cependant que de discussions pour cette malheureuse terminologie ! Je me souviens qu'avant que notre malade devînt l'objet d'une fort instructive leçon faite par M. le professeur Lanelongue, et que le diagnostic fût mis en lumière, d'avoir vu beaucoup d'Etudiants — tous ne donnaient pas leur opinion, — s'écrier après examen de ce membre inférieur : C'est une tumeur blanche, mais une curieuse tumeur blanche !

Et, en effet, c'est une curieuse tumeur blanche, que ce gonflement qui fait immédiatement penser à la tuberculose articulaire, mais qui cependant n'en présente que de loin, à première vue et de surprise, un seul caractère : le gonflement, et un gonflement absolument dispareil.

Je pense absolument comme s'exprimait M. Defontaine : « Les arguments élevés contre l'œuvre de M. Richet sont basés en partie sur une question de mots. Le nom de tumeur blanche a été attaqué, et, comme aujourd'hui il est pris dans un sens plus restreint et plus précis qu'autrefois, on s'écrie que la tumeur blanche syphilitique n'existe pas, que M. Richet a fait erreur. Or, si on veut bien prendre la peine de lire le mémoire en question, on verra que tout le chapitre relatif à la syphilis est précisément fait dans

le but d'établir une distinction entre les manifestations articulaires de la syphilis et les arthropathies rhumatismales ou scrofuleuses. »

Ce qui est encore curieux, c'est qu'après avoir pris soin de dégager M. Richet de tout esprit de confusion, M. Defontaine trouve mieux d'abandonner le terme de pseudo-tumeur blanche, qu'il a si habilement défendu, pour le remplacer par celui d'ostéo-arthropathie hypérostosique.

Si le terme nouveau est moins populaire, il est cependant bien plus vrai au point de vue symptomatique, le seul point de vue que nous connaissions encore. Ce sont bien, en effet, des douleurs des os, des douleurs articulaires et des hypérostoses. Regardons le malade qui fait l'objet de ce travail. *Il se plaignait de douleurs dans les os pendant la nuit. Ces douleurs ont atteint l'articulation et ont même retenti dans l'articulation tibio-tarsienne. Et ses épiphyses fémorales et tibiales étaient gonflées.*

Voici donc les faits de cette curieuse affection. Notre malade ne présente pas grand'chose de la triade d'Hutchinson, si ce n'est la denture; je dois dire que je n'ai pas rencontré davantage cette triade dans les observations que je mentionne, sans que pour cela je me permette d'élever un doute sur leur fréquence.

Ici non plus, doigts en lorgnette, nez éboulé, tibia en sabre; notre sujet est un des privilégiés de cette affection. Il a 1m64; il est grêle, c'est vrai, mais dans une proportion suffisante à lui donner de l'élégance; son front n'est point olympien et son teint grisâtre lui permettra de résister, dans une certaine mesure à la dévastation des années, à la condition de suivre de temps en temps le traitement spécifique.

J'ai donné, malgré la rigueur du secret professionnel, le nom du sujet qui fait l'objet de mon étude. Comme j'estime que ce malade est fort intéressant et peut le devenir davantage dans le cas où quelque maladie intercurrente viendrait mettre ses jours en

danger, et donner l'espoir de faire une nécropsie, je dirai de plus qu'il est de Landiras, dans les Landes de la Gironde.

En résumé, voici mon cas :

Etiologie : Mère contaminée par un nourrisson.

Début de maladie : Age de 14 ans.

Nature du début :
- Douleurs dans os et jointures.
- Lourdeur du membre inférieur.
- Travail possible.

Symptomatologie :
- Dent d'Hutchinson.
- Teint gris terreux.
- Article gonflé biconiquement.
- Hypérostose épiphysaire.
- Attitude fléchie.
- Mouvements volontaires et passifs possibles.

Diagnostic :
- Syphilis héréditaire.
- Ostéo-artropathie hypérostosique.
- Confirmée par le traitement.

Traitement :
- Frictions mercurielles.
- Iodure de potassium.

Voici donc un cas bien net de pseudo-tumeur blanche hérédo-syphilitique à forme tardive.

Je le compte comme le sixième de la science, parce que les observations tirées des auteurs étrangers ne visaient pas particulièrement le point qui m'a intéressé et que ce n'est qu'empiriquement que les uns ont fait le traitement et obtenu des résultats, et que les autres n'ont mentionné ces faits que par l'excellente méthode et l'esprit d'attention qu'ils avaient apportés à la prise de leurs observations.

Le Doyen,
A. PITRES.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
M. LANELONGUE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 11 juillet 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 13

Position de la question 17

Historique 20

Observations 25

Conclusion 37

12,674. — Bordeaux, V^e Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.